

Atriyal Yüksek Hız Epizotları (AHRE) Antikoagülasyon Endikasyonları

Ali Gökhan ÖZYILDIZ¹

Giriş

Kardiyak implante edilebilir elektronik cihazlar (CIED) ve implante edilebilir kalp monitörlerinin (ICM) son yıllardaki artan kullanımı, atriyal ritmin izlemine ve kısa süreli atriyal taşiaritmilerin (atriyal taşikardi, fibrilasyon ve flutter) tespitini mümkün kılmaktadır. Atriyal yüksek hız epizotları (AHRE) olarak adlandırılan taşiaritmi atakları genellikle asemptomatiktir ve sadece implante edilebilir cihazlar tarafından tespit edilebilir. Subklinik atriyal fibrilasyon (AF) veya CIED ile tespit edilen atriyal taşiaritmi olarak da bilinen AHRE, atak sırasında kalp hızının >180 atım/dk. olması ve en az beş dk. sürmesi olarak tanımlanmıştır. ⁽¹⁾

Kalp hızı ve taşiaritmi süresi tanımı farklı çalışmalarda referans değerler sebebiyle değişkenlik gösterebilmektedir. Beş dk. ve üzeri süre, AHRE'yi tespit eden algoritmaların çoğunun, artefaktları gerçek atriyal aritmilerden ayırt etmesine izin veren bir "teşhis noktası"dır. ⁽²⁾

AHRE - İnme İlişkisi

Son yıllarda artan veriler sayesinde araştırmalar, AHRE'nin inme, emboli ve klinik AF'yi arttırdığını göstermiştir. Hatta ilk büyük AHRE çalışması olan MOST, total mortalite ile AHRE ilişkisini vurgulamıştır. ⁽³⁾ Ancak, beş dakikalık bir atriyal taşiaritminin antikoagülasyon gerektirip gerektirmediğine dair yeterli kanıt yoktur.

Yakın zamana kadar, inme ve tromboemboli riskinin AF tipinden bağımsız olduğu düşünülmekteydi. Buna karşın, ACTIVE-W çalışmasında, antikoagüle edilmemiş hastalarda paroksizmal AF'de persistant / permanent AF'ye göre inme oranı düşük gözlenmiştir. ⁽⁴⁾

Birçok çalışmada tromboemboli ve AHRE arasında ilişki gösterilmiş olsa da AHRE ile takip eden inme arasındaki zamansal ilişki net değildir. ASSERT ve TREND çalışmaları, embolik hadiseden 30 gün öncesine kadar tespit edilen AHRE oranını <%20 saptamıştır. ^(5,6) Bu durum subklinik AF, hatta AF'nin inmenin sebebi değil altta yatan atriyal patolojiye bağlı bir risk göstergesi olabileceğini düşündürmektedir.

Büyük ölçekli çalışmalarda, AHRE'nin inmeyi arttırdığı eşğin beş dk. ile 24 sa. arasında değişmesi konunun gri alanlarından biridir. ASSERT çalışmasında <24 sa. süren AHRE'de inme ve emboli riskinin AHRE kaydı olmayanlarla benzer olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada, >24 sa. süren AHRE'de inme riski artsa da bu risk dökümante AF'li hastalara kıyasla düşük bulunmuştur. ⁽⁵⁾ Ayrıca, ASSERT harici çalışmaların AF öyküsü olan hastaları da içermesi, AHRE'nin tek başına embolik hadise ile olan ilişkisinin güvenilir değerlendirilmesine gölge düşürmektedir.

Subklinik AF'nin dökümante AF'den ayrı tutulma nedenlerinden biri, AHRE'nin tamamının AF atağı olmamasıdır. Atriyal epizotların, yüzeysel EKG veya ritim Holter ile dökümante edilmiş

¹ Uzman Doktor, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, aligokhanozyildiz@gmail.com

Tablo 1: Subklinik AF tedavisi için oral antikoagülayon önerileri.

Öneriler	Sınıf
Hastanın inme riskinin CHA ₂ DS ₂ -VASc skoru kullanılarak değerlendirilmesi önerilir.	I
CHA ₂ DS ₂ -VASc skoru erkeklerde 0 veya kadınlarda 1 olan hastalara AHRE süresi ne olursa olsun antitrombotik tedavi önerilmemektedir.	I
İki ek CHA ₂ DS ₂ -VASc risk faktörü olan hastalara (erkeklerde ≥ 2 , kadınlarda ≥ 3) AF yükü >5.5 sa/g ise (kontraendikasyon yoksa) OAK önerilir. Çoklu risk faktörü varsa daha düşük sürelerde de OAK düşünülebilir.	I
İnmenin etkili önlenmesinde, CHA ₂ DS ₂ -VASc skoru ≥ 2 olan hastalara, tedavi süresinin $>70\%$ inde etkin terapötik aralıkta VKA veya VKA olmayan herhangi bir yeni OAK önerilir.	I
Bir ek CHA ₂ DS ₂ -VASc risk faktörü olan hastalarda (erkeklerde = 1, kadınlarda = 2) AF yükü (herhangi bir günde en uzun toplam AF süresi) >5.5 sa ise OAK düşünülebilir.	II
Veriler, riskin sadece 5 dakikalık atakla arttığını göstermektedir, ancak ömür boyu OAK önermeden önce tek bir 5-dk atağı olan hastayı AF yükü açısından takip altında tutmak makuldür.	II
Kanama riski, HAS-BLED skoru gibi onaylanmış skorlar kullanılarak değerlendirilmelidir. - Yüksek risk altındaki hastalar (skor ≥ 3) daha düzenli inceleme ve takip için belirlenmeli ve geri döndürülebilir kanama risk faktörleri ele alınmalıdır. - Yüksek HAS-BLED skoru, antikoagülasyona engel değildir.	II
AHRE: Atriyal yüksek-hız epizotları, AF: Atriyal fibrilasyon, OAK: Oral antikoagülan, VKA: K vitamini antagonisti.	

çalışmaları AHRE'li hastaların oral antikoagülayondan fayda görüp göremeyeceği belirsizliğini aydınlatmayı planlamıştır. ⁽²⁾ Bu ve benzeri büyük ölçekli çalışmalar neticeleninceye kadar, inme riski olan hastalarda CHA₂DS₂-VASc ve HAS-BLED skorları da gözönünde tutularak, AHRE >24 sa. sürmesi durumunda antikoagülasyon uygun tedavi seçeneği olarak görünmektedir. Daha kısa süreli AHRE ataklarında ise, özellikle AF gelişimi yönünden sık aralıklı monitörizasyon uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: atriyal hız epizotları, antikoagülasyon

KAYNAKÇA

- Camm AJ, Simintirakis E, Goette A, et al. Atrial high-rate episodes and stroke prevention. *Europace* 2017; 19:169–179.
- Bertaglia E, Blank B, Blomström-Lundqvist C, et al. Atrial high-rate episodes: prevalence, stroke risk, implications for management, and clinical gaps in evidence. *Europace* 2019; 0:1–9.
- Poli S, Diedler J, Hartig F, et al. Insertable cardiac monitors after cryptogenic stroke—a risk factor-based approach to enhance the detection rate for paroxysmal atrial fibrillation. *Eur J Neurol* 2016; 23:375–381.
- Hohnloser SH, Pajitnev D, Pogue J, et al. Incidence of stroke in paroxysmal versus sustained atrial fibrillation in patients taking oral anticoagulation or combined antiplatelet therapy: an ACTIVE W substudy. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50:2156–2161.
- Daoud EG, Glotzer TV, Wyse DG, et al. Temporal relationship of atrial tachyarrhythmias, cerebrovascular events, and systemic emboli based on stored device data: a subgroup analysis of TRENDS. *Heart Rhythm* 2011; 8:1416–1423.
- Brambatti M, Connolly SJ, Gold MR, Morillo CA, Capucci A, Muto C, et al. Temporal relationship between subclinical atrial fibrillation and embolic events. *Circulation* 2014; 129:2094–99.
- Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke* 1991; 22:983–988.
- Freedman B, Boriani G, Glotzer TV, et al. Management of atrial high-rate episodes by cardiac implanted electronic devices. *Nat Rev Cardiol* 2017; 14(12):701–714.
- Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016; 37(38):2893–2962.
- Potpara TS, Polovina MM, Marinkovic JM, et al. A comparison of clinical characteristics and long-term prognosis in asymptomatic and symptomatic patients with first-diagnosed atrial fibrillation: the Belgrade Atrial Fibrillation Stud. *Int J Cardiol* 2013; 168:4744–4749.
- Verma A, Cairns JA, Mitchell LB, et al. 2014 focused update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Can J Cardiol* 2014; 30:1114–1130.

12. Gorennek BC, Bax J, Boriani G, et al. Device- detected subclinical atrial tachyarrhythmias: definition, implications and management – an European Heart Rhythm Association (EHRA) consensus document, endorsed by Heart Rhythm Society (HRS), Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS) and Sociedad Latinoamericana de Estimulacion Cardiaca y Electrofisiologia (SOLEACE). *Europace* 2017; 19:1556–78.
13. Hart RG, Sharma M, Mundi H, et al. Rivaroxaban for stroke prevention after embolic stroke of undetermined source. *N Engl J Med* 2018; 378:2191–2201.
14. Martin DT, Bersohn MM, Waldo AL, et al. Randomized trial of atrial arrhythmia monitoring to guide anticoagulation in patients with implanted defibrillator and cardiac resynchronization devices. *Eur Heart J* 2015; 36:1660 – 1668.